

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

RESUMEN

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corriamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos por escrito cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Pregúntenos por escrito cómo hacerlo.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información en la última página de este aviso.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.

- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podríamos comunicarnos con usted sobre temas de recaudación, pero puede avisarnos que prefiere no recibir comunicaciones.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.

- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

Información de Contacto

Soporte Empresarial :: (714) 578-6487 :: Lunes – Viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Pacífico

Fecha Efectiva – 1 de Octubre, 2016

Chart # _____

Reconocimiento del Paciente de Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente yo, _____ reconozco que he recibido una copia de esta oficina dental un AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, o que el mismo está disponible para recibir.

Firma de Paciente

Fecha

Imprimir Nombre de Tutor Legal (si el paciente es menor)

Firma de Tutor Legal

For office use only:

- Patient refused a copy of the Notice of Privacy Practices (NPPs).
- Patient refused to sign Acknowledgement of NPPs.

Print Name (office staff)

Date

Signature

Place the completed copy in the patient's chart.

Consentimiento Informado Odontología General

N.º de Registro _____

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1 al 4 y del 5 al 13 según sea necesario.

1. EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

(Iniciales _____)

2. DROGAS, MEDICACIÓN Y SEDACIÓN

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Comprendo que todos los medicamentos potencialmente pueden estar acompañados de riesgos, efectos secundarios e interacción de fármacos. Por lo tanto, es de suma importancia que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

El consentimiento informado por escrito, en el caso de un menor, incluirá, pero no se limita a, la siguiente información: y el seguimiento de la anestesia general pueden variar dependiendo del tipo de procedimiento, el tipo de médico, la edad y la salud del paciente y el entorno en el que se proporciona la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Le animamos a explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo para su tratamiento dental, y consulte con su dentista o pediatra según sea necesario.

(Iniciales _____)

3. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

(Iniciales _____)

4. DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR

Entiendo que pueden intensificarse o aparecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de ésta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, seré referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales _____)

5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que este tratamiento es preventivo e intencionado para pacientes con encías saludables, y limitado para solamente eliminar placa dental y sarro de las estructuras dentales que no contienen enfermedades periodontales.

(Iniciales _____)

6. RELLENOS

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los rellenos durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un relleno recién colocado.

(Iniciales _____)

7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes _____ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo n.º

3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se extrae toda la infección, si la hubiere, y que puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica la extracción de dientes, entre los que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, alvéolos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parastesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales _____)

8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

a. Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Sé que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla u otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

(Iniciales _____)

b. Elijo utilizar metal noble, muy noble o porcelana en vez de metal básico en la restauración de mis coronas y puentes.

(Iniciales _____)

c. Elijo realizar un puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato móvil. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro.

(Iniciales _____)

FORMULARIO PARA PACIENTES - 2

(Complete ambos lados)

9. PRÓTESIS- TOTAL O PARCIAL

Sé que las prótesis totales o parciales son artificiales y están fabricadas de plástico, metal o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva prótesis (incluye forma, adaptación, tamaño, colocación y color). Las prótesis de inserción inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las prótesis necesitan ser rebasadas aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado prótesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales.

(Iniciales _____)

10. ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)

Sé que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá del ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algún tiempo luego de éste. Una de las razones principales por las que los tratamientos de conducto radicular fallan es la fractura de raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con tratamiento de conducto radicular son más frágiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales luego del tratamiento del ápice radicular (apicectomía). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

(Iniciales _____)

11. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de la encía y/o pérdida del hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y/o a condiciones sistémicas negativas (como diabetes incontrolada, enfermedades cardiovasculares y parto prematuro, etc.). He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, el tratamiento no quirúrgico, tratamientos antibióticos/antibacterianos, la cirugía de encías y/o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillarme los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según se indique, seguir una dieta saludable, evitar productos a base de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo del trabajo restaurativo dental.

(Iniciales _____)

12. IMPLANTES

Entiendo que las restauraciones dentales no son permanente y que la colocación de un implante(s) puede ser limitado a causa de las limitaciones anatómicas del paciente. Se me ha informado de que siempre existe la posibilidad de que el implante (s) no funcione a causa de que los tejidos del cuerpo no fisiológicamente acepten estos implante (s) artificiales, y las infecciones pueden ocurrir después de la cirugía, que puede resultar en tener que remover el implante afectado (s). Comprendo existe la posibilidad de daño a los nervios de la cara y de los tejidos de la cavidad oral, y el entumecimiento puede ser temporal, o en raras ocasiones, permanente. Entiendo que es absolutamente necesario que después de obtener tratamiento de implantes debo someterme regularmente a exámenes y limpiezas periódicamente. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas y reportarme de acuerdo a las instrucciones del dentista.

(Iniciales _____)

13. BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso domésticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guía de tonos dentales). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores a él. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales podrían desaparecer cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para reducir la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas para blanquear los dientes están aprobadas por la FDA (*Food and Drug Administration*, Administración de Fármacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Iniciales _____)

14. ÓXIDO NITROSO

Elijo utilizar óxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido información sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de óxido nitroso si estoy embarazada.

(Iniciales _____)

15. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proveer únicamente el mínimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental óptimo.

(Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atención dental que me otorga. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

Firma: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL N.º DE REGISTRO _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? Sí NO Si es sí, especifique: _____
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? _____
5. ¿Terminó el tratamiento? _____ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? _____
7. ¿Se hizo una limpieza? Sí NO 8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? Sí NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? Sí NO Si es sí, especifique: _____
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? Sí NO Si es sí, especifique: _____
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clics", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? Sí NO Si es sí, especifique: _____
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? Sí NO Si es sí, especifique: _____
13. ¿Le sangran fácilmente las encías? Sí NO 14. ¿Siente que tiene mal aliento? Sí NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? Sí NO 16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos? Sí NO
17. ¿Le agrada su sonrisa? Sí NO Si es no, explique: _____

HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento? Sí NO Si es sí, especifique: _____
Nombre del médico: _____ Tel. del médico: () _____
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? Sí NO Si es sí, especifique: _____
4. (Mujeres) ¿Está embarazada? Sí NO Si es sí, especifique de cuántos meses: _____ ¿Está amamantando? Sí NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: _____
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEPATITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH+	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANEMIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANGINAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIA AL LÁTEX	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HEPÁTICOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEMORRAGIAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
QUIMIO/RADIOTERAPIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA ESTÉTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADICCIÓN A DROGAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LA APNEA DEL SUEÑO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESMAYOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. DE TIROIDES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TEMPOROMAXILAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		ENFERMEDAD VENÉREA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico _____

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
2. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
3. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

N.º DE REGISTRO _____

PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Código postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono () _____

Cel./Buscapersonas () _____

Correo electrónico _____

N.º de Seg. Social _____

N.º de lic. de conducir _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono () _____

N.º de Seg. Social _____ N.º de lic. _____

Parentesco con el paciente _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

EMPLEO

Ocupación _____

Empleador _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Dirección comercial _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

Tel. comercial () _____ Ext. N.º _____

Verificado por _____ Fecha _____

(Para uso exclusivo de la institución)

REFERENCIAS

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Tel. () _____

Nombre _____

Tel. () _____

Nombre del cónyuge _____

Apellido _____ Nombre _____

Tel. laboral del cónyuge () _____

PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido _____ Nombre _____

Tel. () _____

Médico _____ Tel. () _____

MÁS SOBRE USTED

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?
Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

1: _____ 2: _____
3: _____ 4: _____

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar-amigo (400) | <input type="checkbox"/> Plan de seguro (460) |
| <input type="checkbox"/> ConfiDent® (440) | <input type="checkbox"/> Televisión (020) |
| <input type="checkbox"/> Periódico (470) | <input type="checkbox"/> Radio (030) |
| <input type="checkbox"/> Cartelera (050) | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas (120) |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón (490) | <input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta (480) |
| <input type="checkbox"/> Letrero de la institución (420) | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web (190) |
| <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución (430) | |

Deseo obtener información en español: Sí NO

SEGURO / PLAN DENTAL

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

SEGURO / PLAN DENTAL

Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o del paciente
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

(COMPLETAR DE AMBOS LADOS)